



St. Olavs Hospital HF
Enhet for pasientreiser

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
Elektronisk til postmottak@hod.dep.no

Deres ref:
201101755-/KJJ

Vår ref:

Saksbehandler:
Inger Lise Neeraas

Dato:
05.10.2011

**Svar - Høring — samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter
som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.**

Vi viser til departementets høringsbrev av 04.07.2011.

Vi vil i det følgende ta for oss de forslagene som berører pasienten og reisen til behandling.

1. Prinsipielt utgangspunkt.

I forslaget til forskriftsendringer som følge av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er det presisert at lovendringene skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter og brukere skal sikres mer helhetlige og koordinerte tjenester gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Det er videre sagt at lovens system er lagt opp til at kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov. Departementet mener det vil være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger.

Utgangspunktet er at samhandlingsreformens intensjoner legger opp til overføring av mange oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Vi kan imidlertid ikke se at det i forslaget er nærmere klarlagt hvilke økonomiske og administrative følger dette skal få når det gjelder pasienttransport. Pasienttransport utgjør en stor del av kostnadene til de regionale helseforetakene. Pasientreiser er et komplekst område med ca 4,3 millioner pasientreiser pr år, hvorav ca 3,5 millioner reiser med rekvisisjon, og der reiser med taxi utgjør det største volumet. Til sammen brukes det ca to milliarder kroner i året på pasientreiser. Aldersgruppene som benytter reiser uten rekvisisjon hyppigst er gruppen 67-71 år, og hovedtyngden gjelder reiser til og fra dag behandling og poliklinikk. Den store gruppen > 80 år benytter reiser med rekvisisjon i betydelig grad. Fremtidig vekst vil komme i gruppen >80.

En del av en helhetlig helsetjeneste er det å reise til behandlingen, spesielt for de pasientene som er svært syk. For en pasient som bor nært opptil lege vil reisen oppleves som en liten del av behandlingen. Tilsvarende vil selve reisen oppleves som en større del av det å motta helsetjeneste for en pasient som bor to timers reise fra behandlingsstedet. Vi ønsker å få frem at transportområdet er en stor del av den helhetlige helsehjelpen, og derfor må tas med i alle vurderinger rundt organisering av den.

I St. meld nr 12 (2008-2009) Gledelig begivenhet angis følgende: ”En ansvarsoverføring antas å kunne gi samfunnsøkonomisk gevinst i form av mer kostnadseffektiv syketransport, og vil bidra til at pasienttransport blir en mer naturlig del av et helhetlig helsetjenestetilbud.”

Det er i St. melding nr 5 (2003-2004) behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten, oppgitt som et av de overordnede premissene for å jevne ut svakheter i dagens finansieringssystem at utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell må sees i sammenheng med beslutninger om strukturendringer. Løsningene som blir valgt, vil være av stor betydning for samhandlingen mellom nivåene. Det er derfor av stor viktighet å se på virkninger på transportområdet for å organisere en best mulig tjeneste for pasient og bruker.

2. Kommentar til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Bakgrunn for forslaget til forskrift er grunnlagt i at store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie, sykehjem eller legetjenesten.

I forslaget blir det lagt opp til at ulike krav til partene vil sikre en god dialog mellom tjenestenivåene og på den måten forhindre unødvendige re-innleggelser som følge av dårlig kommunikasjon. Det blir fra departementet side gjort oppmerksom på den risiko som ligger i dårlig kommunikasjon. Re-innleggelser vil sannsynlig føre til økt bruk av tilpasset transport ved inn og utskrivning, noe som utgjør en økonomisk risiko for helseforetakene.

3. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Forslag til *ny forskrift om kommunal medfinansiering* er inntatt i høringsnotatets *kapittel 4*. Med kommunal medfinansiering etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Slik skal kommunene få et incentiv til å engasjere seg i sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester.

Forskriftens § 1 om virkeområde angir at kommunen har ansvaret for innbyggernes behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasientreiser St. Olavs Hospital ønsker da å kommentere at i ordet ”behandling” også må ligge et ansvar for pasienttransporten, som ledd i en helhetlig helsetjeneste.

Forskriften bør også omhandle et incentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av tilpasset transport og ledsagertjenester.

Fagrådet for Prehospitale tjenester og akuttmottak i Helse Sør-Øst har i sitt høringssvar til ny kommunal helse og omsorgslov sett at det ligger interkommunale utfordringer i forhold til transportlogistikk som gjelder for ambulansetransport og pasientreiser på området kommunal medfinansiering.

I Ot. prp 66 (2002 – 2003) som omhandlet overføring av finansieringsansvaret for pasientreiser til helseforetakene uttaler Hagen utvalget: ”Utvalgets flertall har i sin innstilling lagt vekt på at kostnadsansvaret for en tjeneste bør bæres av den som utløser behovet for tjenesten, og har i flere av sine forslag drøftet ulemper knyttet til den tredjepartsfinansiering man har i dag av flere områder innen spesialisthelsetjenesten. En betydelig andel av utgiftene til syketransport, anslagsvis 80 prosent, er knyttet til reiser til spesialisthelsetjenesten. Hagen-utvalget viser til at de regionale helseforetakene, som beslutter lokalisering av behandlingstilbud, og som dermed utløser behov for syketransport, ikke har det finansielle ansvaret. Utvalget mener det bør legges til rette for at transportkostnadene tas med i betraktning når helsetilbudet utformes.”

I NOU 2003:1 behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten, er det lagt betydelig vekt på at overføringen av ansvaret er i tråd med prinsippet om at finansieringsansvaret bør ligge hos den part som har mulighet til å påvirke utgiftene. At det ikke foreslås en delt finansiering mellom regionale helseforetak og kommunene, må ses i sammenheng med at en relativt liten andel av utgiftene til syketransport kan knyttes til syketransport innenfor kommunene, og at det vil være lite hensiktsmessig at det bygges opp et eget apparat i kommunene for å håndtere disse utgiftene.”

Dagens situasjon stiller seg annerledes enn i 2003, da samhandlingsreformen slik den er tenkt i dag, gir kommunene større ansvar for å organisere helsehjelpen. Kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov. Departementet uttaler at det vil være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger.

Det er ikke i tråd med tidligere prinsipper om at finansieringsansvaret bør ligge hos den parten som har mulighet til å påvirke utgiftene. Det er uheldig at helseforetakene blir sittende med ansvaret for utgiftene når en større del av behandlingen skal foregå innad i kommunene, eller ved kommunekryssende trafikk. Eksempelvis vil større grad av samarbeidende kommuner, kunne gi dertil lengre avstander til nærmeste sted der behandling kan gis enn i dag.

Helseforetaket kan via samarbeidsavtaler påvirke utgiftene til en viss grad, men vi uttrykker bekymring for ivaretagelsen av prinsippet hvis det ikke inntas et insentiv for kommunene til å ta hensyn til transportutgiftene. Høringens skisserte ordning gir ikke insentiver for kommunene til kostnadseffektive løsninger på grunn av stor grad av tredjepartsfinansiering.

4. Forslag til forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten omtales i kapittel 7.

Om et kommunalt tjenestetilbud regnes som institusjon har betydning i flere rettslige sammenhenger, blant annet i forhold til enkeltvedtak og brukerbetaling uttales det i høringen. I kapittel 7 er det derfor foreslått å presisere i forskrift at følgende skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven: sykehjem, aldershjem, barneboliger og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

I listen illustreres det at det er behov for å klargjøre i forskrift hva som regnes som institusjon etter loven. Pasientreiser St. Olavs Hospital vil kun kommentere at begrepet også har betydning for vårt arbeidsområde, som avgrenses mot inneliggende pasienter i institusjon.

5. Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.

I høringen foreslås en paragraf *4 a Koordinator i kommunen*, for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Høringsnotatet angir at koordinatorrollen innebærer å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottaker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten får et ”sømløst” tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinator på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. Koordinatorrollen er profesjonsnøytral, og kommunene må selv vurdere hvem som er best egnet til å inneha koordinatorrollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker.

Vi mener det bør legges inn en klargjøring av innholdet i koordinator rollen for å sørge for at en instans er pålagt ansvaret for ledsagere/tilpasset transport til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det vil være i henhold til intensjonen om at koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet. Det er naturlig at en slik arbeidsoppgave blir tillagt koordinator som skal sørge for et ”sømløst” tilbud. Følgene av at et slik ansvar ikke ligger på en enkelt instans er tydelig på steder der mange ulike instanser har et ansvar for å initiere, men hovedansvaret for helheten ikke er blitt nedfelt i en lovbestemmelse. Det fører til en ansvarspulverisering og ansvarsfraskrivelse heller enn at flere instanser tar på seg en aktiv rolle. Målet med samarbeidsløsninger er at pasienten skal få et bedre behandlingstilbud i form av et delvis spesialisert og delvis pleiebasert tilbud i hjemmet eller annet sted i kommunen. Klare ansvarsforhold er en nødvendighet ved etablering og drift av ethvert tilbud om helsetjeneste.

Det uttrykkes en generell bekymring for at mange avtalebaserte samarbeid medfører økt byråkratisering ved at det må inngås mange og omfattende avtaler som stadig må fornyes. Avtalebasert samarbeid vil overlate for mye til partene som ikke nødvendigvis er likeverdige i styrke og kompetanse. For spesialisthelsetjenesten å skulle få et driftsansvar for tjenester som er kommunchelsetjeneste med innslag av spesialisthelsetjenestefunksjoner er ikke en farbar vei. Det vil kreve massivt med ressurser, og bør heller skje som en overføring av arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjeneste til kommune.

Vi viser til brev fra Helse og omsorgsdepartementet til Helse Nord den 10.06.2011: ”Det fremgår av opplysningene i saken at for de regionale helseforetakene overtok ansvaret for syketransport, organiserte flere kommuner nødvendig ledsagertjeneste i samarbeid med NAV. På grunn av kommunenes lokale tilknytning og lokalkunnskaper, vil det antagelig mange steder ligge godt til rette for at kommune og foretak avtaler å samarbeide om nødvendig ledsagertjeneste. Etter departementets vurdering synes dette å være et område der samhandling mellom kommune og foretak vil være til praktisk nytte for pasientene.”

Manglende nasjonal struktur på ledsagertjenesten vil over tid være et hinder for god samhandling etter hvert som tiden går. Inngåelse av avtaler mellom HF og alle landets kommuner (noen i samarbeid), vil kunne føre til ulike løsninger, noe som vil utfordre det grunnleggende prinsippet om at pasientene skal ha lik tilgang til helsetjenester. Ordningen risikerer å bli uoversiktlig for helsepersonell som skal etterleve og følge opp de ulike avtalene, spesielt i store områder som for eksempel med Sykehuset Innlandet HF som er avhengig av samarbeidsavtaler med 48 kommuner i sitt opptaksområde.

Videre ønsker vi å kommentere forslagets § 7 *Innholdet i individuell plan*. Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Vi mener det i den individuelle planen bør innlemmes hvem som har behov for ledsagere og/eller tilpasset transport der dette er nødvendig. Slike spesielle behov bør få en egen plass i den individuelle planen i tilfeller der dette er nødvendig.

6. Nærmere om forskriftsarbeid knyttet til kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og internkontroll

Departementet foreslo i Prp. 91 L (2010-2011) en ny bestemmelse om plikt til å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i ny helse- og omsorgstjenestelov § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b. Videre ble det forelått at en eventuell ytterligere presisering av krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet kunne tas inn i forskrift med hjemmel i bestemmelsens andre ledd. Det ble også foreslått at en eventuell endring av navn på dagens internkontrollforskrift til ”forskrift om styringssystem” vurderes ved en eventuell revisjon av forskriften.

Det er i St. meld 16 (2010-2011) sagt følgende i kapitel 8 at ”Norsk Helsenett SF skal ivareta drift og videreutvikling av et helsenett som skal sikre trygg kommunikasjon mellom aktørene. Det er et mål at alle aktører i helse- og omsorgssektoren skal være tilknyttet helsenettet.” Pasientreiser St. Olavs Hospital ønsker å kommentere viktigheten av å sikre at alle parter foretar elektronisk rekvirering av transport, og derfor knytter seg til Norsk Helsenett. Full elektronisk samhandling må til og vil vel ikke bli en realitet uten et rettslig krav, i hvert fall vil det fremskynde prosessen som til nå har gått relativt sakte.

Et slik krav vil sikre informasjonssikkerheten på en best mulig måte, og sørge for at informasjonen bare er tilgjengelig for dem som har behov for det i forbindelse med pasientbehandling.

Vennlig hilsen

Inger Lise Neeraas
Juridisk rådgiver

Turid Røe Mostuen
Seksjonsleder